**百色市中医医院关于医用气体供应院内询价报名的公告**

依据医院相关规定，拟在近期对医用气体供应项目进行院内询价报名，相关单位如需参加，请见本公告后，填写附件“医用气体供应项目现场询价报价表”进行报价报名，逾期不受理。

填完报价表后发邮件到**bsszyyycgk@163.com**邮箱，邮件包含医用气体供应项目现场询价报价表（扫描盖章）、营业执照、组织机构代码、税务登记证，如三证合一可只提供营业执照、企业资质、业务员授权书等资料。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 单位 | 数量 | 技术参数要求 |
| 医用气体供应项目 | 批 | 1 | 一、医用气体供应要求：1、保证气体的正常供应，满足临床用气需求，按订单要求保质、保时、保量完成配送，定期做好气瓶安全检查，气体质量和气瓶安全符合国家及有关标准。2、保证气体能正常接入医用供氧系统，正常供应临床的使用，不允许出现由于与上家供应商的交接过程而出现断气现象。二、包含院内全部医用气体管道的维护、年检。要求如下：1. 整个主管道检漏、补漏、二级减压箱检漏维保、病房设备带检漏、补漏； 2、中心供氧(液氧储槽)管道系统、负压系统（负压设备）、二氧化碳设备管道等；

3、终端、流量计等部件年检。 4、如检查发现设备终端、流量计等需要更换的，更换的配件质保期一年。 |

联系人：李雅婷

联系电话：0776-2997079

办公室地点：百色市右江区翔云路25号行政楼2楼采购科。

公告期限：自本公告发布之日起3个工作日，报名时间截止：2024年3月21日下午18：00，逾期不予接收。

百色市中医医院
2024年3 月18日

|  |
| --- |
|  |
|
|

|  |
| --- |
| **医用气体供应项目现场询价报价表** |
| 项目名称 | 规格及要求 | 单位 | 数量 | 单价（元） | 备注 |
| 　医用氧气 | 液氧　 | 吨　 | 1 | 　 | 1.按单价进行报价，包含院内全部医用气体管道维护。2.实际采购量以医院订单为准。 |
| 　医用氧气  | 10L，纯度≧99.5%　 | 瓶　 | 1　 | 　 |
| 　医用氧气  | 4L，纯度≧99.5%　 | 瓶　 | 1　 | 　 |
| 　医用氧气  | 15L，纯度≧99.5%　 | 瓶　 | 1　 | 　 |
| 　医用氧气  | 40L，纯度≧99.5%　 | 瓶　 | 1 | 　 |
| 　二氧化碳  | 40L，纯度≧99.5%　 | 瓶　 | 1　 | 　 |
| 合计 |  |  |
|  |  |  | 报价单位：（盖章） |
|  |  |  | 代表人签字：联系电话： |
|  |  |  | 年 月 日 |